Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1282

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2736 - Aproximación diagnóstica al Tromboembolismo Pulmonar: diferentes presentaciones clínicas de una misma enfermedad

R. di Donna[a], A. Gargallo Peiró[a], C. Cossío Álvarez[b], S. Córdova Peralta[c], M. Reyes Castro[e] y P. Machado Fernández[e]

[a]Médico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Martorell Urbà. Martorell. Barcelona. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell Urbà. Martorell. Barcelona. [c]Médico Residente del 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell-Baix Llobregat Nord-Barcelona. Barcelona. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell. Hospital de Vilafranca. Costa Ponent. Barcelona

Resumen

Descripción del caso: Caso 1. Varón de 39 años que acude a urgencias por dolor en hemitórax derecho (evolución: 4 días), sin respuesta a AINEs, que se agudiza, siendo punzante, constante y acompañado de hemoptisis mientras conducía. Niega fiebre, vegetatismo, dolores en EEII, viajes largos en avión. Cada día se conduce 200 Km. Antecedentes personales: fumador, hipercolesterolemia, ansiedad y neumonía con 18 años. Caso 2. Varón de 65 años que consulta por dolor en pierna y tos. Refiere dolor en pantorrilla derecha hace un mes y tos seca con fiebre 38 ºC de una semana, tratado por su médico con antitusígenos. Previamente había presentado lipotimia con rápida recuperación, sin otros síntomas acompañantes. Antecedentes personales: trabajo sedentario, practica ciclismo. No fumador, no enolismo, síndrome metabólico (HTA, DLP, obesidad central). Amigdalectomía, asma bronquial.

Exploración y pruebas complementarias: Caso 1. Sat: 97%, TA: 113/68 mmHg, FC: 98x', Tª 36,6 ºC. EVA 9/10. Paciente normocoloreado, normohidratado, consciente y orientado. Auscultación pulmonar sin alteraciones, auscultación cardiaca: taquicardia rítmica, no soplos, no roces. EEII: no edemas, no signos de TVP. Pruebas complementaria: ECG RS a 92x', no trastorno de la repolarización, Rx tórax normal Analítica: destaca D-dímero 1.149. Caso 2. Sat: 94% TA: 133/75 mmHg, FC: 69X', Tª: 36 ºC. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. EEI

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

derecha: tumefación a nivel de la pantorrilla, dura caliente, dolorosa a la palpación, pulsos presentes. EEI izquierda sin alteraciones. Pruebas complementaria: ECG RS 73x', no trastorno de la repolarización. Analítica: D-dímero 6.270. Rx tórax normal. TAC torácico: signos de tromboembolismo pulmonar masivo bilateral agudo, observado múltiples defectos de repleción en arteria pulmonar principal derecha que se extiende hacia las tres arterias lobares de LSD; LMD, y LID y arterias segmentarias de todos ellos. También múltiples defectos de replección del parénquima pulmonar. arteria pulmonar derecha de 28 mm. Hallazgos que indican HTP.

Juicio clínico: Se trata de 2 casos de tromboembolismo pulmonar secundarios a diferentes causas (caso 1: sedentarismo y estasis por conducción prolongada y caso 2:TVP) y con diferentes manifestaciones clínicas: hemoptisis y tos.

Diagnóstico diferencial: FR para TEP: Cirugía y postoperatorio, obstetricia, problemas EEII, neoplasias, inmovilizaciones, patología cardiovascular (HTA, cardiopatías, tromboembolismo superficial), tratamientos hormonales, otros (ACV, EPOC, viajes largos en sedestación, etc.). Diagnóstico diferencial si ha de hacer con patologías que cursan sobre todo con dolor torácico y disnea: infarto de miocardio, pericarditis, pleuritis, neumonías, neumotórax, pleuritis, taponamiento cardiaco e insuficiencia cardiaca congestiva.

Comentario final: La clínica del TEP puede ser bastante inespecífica, siendo la disnea el síntoma más frecuente. La triada clásica (dolor pleurítico, disnea súbita y hemoptisis) sólo aparece en 40% de casos de TEP, mientras que disnea o taquipnea está presente en 84%. Los pacientes descritos, no presentaban disnea. El caso 1 sólo presentó mínima hemoptisis y el caso 2 discreta tos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rotaeche del Campo R. Tromboembolismo Pulmonar. Guías Fisterra 2012.

2. Ortiz Imedio J, Escribano Gimeno I. Enfermedad Tromboembólica Venosa. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Medica Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª ed.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.